

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N°

7

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Liane QUEMENEUR-LE NEN

Née le 27 Août 1914 à LOCQUENOLÉ (Finistère)

présentée et soutenue publiquement le

LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES AIGUES
ET LA NOTION D'EXULCERATIO SIMPLEX

Président : Monsieur LEMAIRE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS VI

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Liane QUEMENEUR-LE NEN

née le 27 août 1914 à Locquenolé (Finistère)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

LES HEMORRAGIES DIGESTIVES AIGUES
ET LA NOTION D'EXULCERATIO SIMPLEX

--

Président : Monsieur LEMAIRE (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
 CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
 GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
 HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
 LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCOQUOT,
 MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
 TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir. {	Hôtel-Dieu
	Salpêtrière
	Cochin
	Beaujon
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop. }	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	} DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	{ BARIETY
	{ JUSTIN-BESANÇON
	{ MOREAU
	{ de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	{ PASTEUR-VALLERY
	{ RADOT
Cliniques obstétricales	{ LANTUEJOUL
	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSER GOUYGOU	Pat. chir.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLIEUX THONIÉRET VERNE (J.M.)
Ana.Path.	(CHRISTOL NEVOT		
Bactério- logie	(BOURLIERE ETTORI POLONOVSKI J.	Pat.expéri- ment.	(MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHÉ MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFROMM (POLONOVSKI Cl.)
Biol. Méd.	(DUPERRAT TUCHMANN COUJARD N.		
Chimie méd.	CORNET BOYER DEPARIS		
Dermato-syph.	BASTIN	Path.Med.	
Embryologie	(DEROBERTE GAULTIER HADENGUE		
Histologie	DAVID		
Hydrologie	LHERMITTE GRASSET LE LORIER		
Hygiène	LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY		
Mal.infect. Médecine)	(BREGEAT DESVIGNES	Pédiatrie	(MOZZICONACCI JOSEPH
légale et du Trav.)	JUDET	Pharmacol.	Melle LEVY (BARGETON DEJOURS PARROT
Neurochir.	(AUBRY MADURO	Physiol.	(DJOURNO GOUGEROT
Neurologie	BRUMPT		
	CHABAUD ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX	Physique Médicale Pneumo-phtis.	(KREIS BARUK PICHOT

MM.

MM.

Psych.infant. N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

Urologie KUSS
 Thérapeut. CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.

MM.

{ ANELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique } { ECALLE
 obstét. } { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

Urologie N...
 Clinique Méd. { DREYFUS
 { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
 Conservateur Melle GOICHON
 { Melles DUMAITRE
 Bibliothécaires { LE NOIR
 { LAURENT
 { QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs
 et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A mon Père et à ma Mère

En témoignage de mon affection
et de ma gratitude infinies.

A mon Mari

Guide et collaborateur de mes
études médicales, avec
l'expression de mon profond
amour.

A tous les miens

A mes Amis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur A. LEMAIRE

Professeur de Théraputique médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

Hommage respectueux.

A mes Maîtres et Professeurs de
l'Ecole de Médecine de Nantes

Professeur PICART

Professeur de Clinique Médicale

Docteur LERAT

Professeur de Clinique chirurgicale

In Memoriam

Docteur LEROUX

Professeur de Clinique obstétricale

Docteur A. ARONDEL

Médecin des Hôpitaux - In Memoriam

Docteur Robert BUREAU

Chirurgien des Hôpitaux

Docteur PICHAT

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur BOQUIEN

Médecin des Hôpitaux

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris

Docteur GUTMAN

Médecin honoraire des Hôpitaux

Docteur PORCHER

Radiologiste des Hôpitaux

Docteur CATTAN

Médecin des Hôpitaux

En témoignage de mon respect
et de ma reconnaissance.

LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES AIGUES
ET LA NOTION D'EXULCÉRATIO SIMPLEX.

- : -

AVANT-PROPOS

-:-

Les hémorragies digestives aiguës paraissent actuellement en recrudescence, sans qu'on puisse trouver à ce phénomène une explication satisfaisante. Il s'agit cependant là d'accidents qui attirent particulièrement l'attention, si l'on en juge par les nombreux travaux qui leur ont été récemment consacrés.

En effet, il s'agit d'hémorragies graves, d'évolution souvent mortelle . De plus, la cause de ces hémorragies n'est pas toujours connue, ni même établie par la suite. Et si les ulcères continuent à occuper une place importante dans leur étiologie, ils n'expliquent pas à eux seuls toutes les hémorragies observées .

Parmi les lésions susceptibles d'entraîner une hémorragie profuse au niveau de la muqueuse gastrique, on cite volontiers, ces derniers temps, "l'exulceratio simplex", de DIEULAFOY, dont l'existence même a parfois été niée, mais qui aujourd'hui, à la lumière des examens histologiques, des observations cliniques, des constatations chirurgicales, et aussi des images radiologiques, reprend une importance nouvelle.

C'est en 1848, lors d'une Clinique de l'Hôtel-Dieu, que DIEULAFOY utilisait pour la première fois ce terme, qui désignait de petites ulcérations de la muqueuse gastrique ; le caractère particulier de la lésion était sa topographie strictement limitée à la muqueuse et à la sous-muqueuse, et les graves hémorragies

qu'elle était capable de provoquer. Voici en quels termes DIEULAFOY s'exprimait :

L'ulceratio simplex siège en un point quelconque de l'estomac. Son diamètre est, en moyenne, celui d'une pièce de 0 F 50 ou de 1 F. Elle est circulaire ou étoilée et unique. Elle siège à fleur de muqueuse, il faut déplier la muqueuse et regarder attentivement pour la voir. Les tissus sont souples autour d'elle. Des taches ecchymotiques peuvent exister à son voisinage. La présence d'une ecchymose, sous la séreuse, en face de l'exulcération muqueuse, n'est pas constante. A la loupe, on voit au fond de l'ulcération une artériole abrasée. Histologiquement, on constate la disparition de la muqueuse, en un point, y compris la muscularis mucosae. Il n'y a pas d'artérite, mais une infiltration leucocytaire au voisinage de l'artère érodée.

Si les hémorragies digestives aiguës se multiplient actuellement, les lésions qui les provoquent sont également plus fréquentes, et il n'est pas surprenant de trouver dans la littérature, avec une fréquence accrue, des cas authentiques, c'est-à-dire vérifiés anatomopathologiquement, d'exulceratio simplex, dont la description princeps montre d'emblée la différence avec l'ulcère.

Ce problème acquiert donc un regain d'importance et d'actualité, et il nous a paru intéressant de le reprendre dans son ensemble, tant pour les difficultés diagnostiques qu'il soulève, que pour les solutions thérapeutiques qu'il impose. En particulier, la technique du diagnostic radiologique d'urgence est venue ajouter une arme utile dans le dépistage étiologique et la décision thérapeutique des hémorragies digestives aiguës, en général, dans celles qui sont provoquées par l'exulceratio simplex, en particulier.

Nous avons adopté le plan de travail que voici :

- nous exposerons tout d'abord les formes étiologiques des hémorragies digestives aiguës, dans lesquelles l'ulcère occupe une large place ;
- puis nous brosserons le tableau clinique de l'exulceratio simplex , par ses caractères généraux et particuliers, mais aussi d'après les observations existantes, dont nous avons réuni une vingtaine de cas.

Ces éléments nous permettront de préciser les caractères anatomopathologiques de la lésion, et donc d'en étudier le mécanisme pathogénique d'érosion vasculaire.

Nous attacherons un soin particulier au problème du diagnostic, diagnostic clinique, diagnostic radiologique d'urgence et enfin diagnostic différentiel de la lésion.

Il restera, pour conclure sur un terrain purement pratique, à envisager les modalités, les indications et les résultats du traitement, traitement médical et plus souvent traitement chirurgical, étant donné l'urgence dans laquelle on se trouve généralement pour enrayer l'hémorragie ainsi provoquée.

- II -

ETIOLOGIE

DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES AIGUES

-:-

Il n'est pas toujours possible d'établir la cause exacte de l'hémorragie digestive. Des statistiques ont cherché à attribuer à chaque lésion susceptible de la provoquer la fréquence de sa responsabilité propre. Mais les chiffres ne concordent pas toujours et il reste toujours une assez forte proportion de cas dans lesquels aucune lésion, aucune cause n'ont pu être affirmées avec certitude.

Voici par exemple l'exposé de MOYSON et de SCHOVILLE, qui retient, comme cause d'hémorragie digestive aiguë :

- les ulcères et surtout les ulcères duodénaux, qui seraient les responsables de l'accident dans 70 pour 100 des cas ;
- les varices oesophagiennes ou les gastrites, trouvées dans 10 à 12 pour 100 des cas ;
- les cancers de l'estomac, en cause dans 4 pour 100 des cas ;
- les hernies hiatales retrouvées dans 1 pour 100 des cas.

Dans un certain nombre de cas, qui varie selon les séries entre 2 et 20 pour 100 des cas, le diagnostic étiologique reste indéterminé. Naturellement, chaque type de lésion entraîne son diagnostic propre et surtout sa sanction thérapeutique particulière. Nous y reviendrons.

PROSCHER a réuni entre 1951 et 1955 cinquante et un cas d'hémorragie gastrique aiguë profuse,

et constate que dans deux cas seulement la cause du saignement n'a pu être identifiée. Chez ces deux malades, d'ailleurs, la gastrectomie a été un échec. Chez le premier, le taux d'hémoglobine était tombé à 27 pour 100 ; la résection gastrique n'a amené qu'une amélioration temporaire, et l'évolution s'est terminée par la mort. L'autopsie n'a pu révéler l'origine de l'hémorragie.

Chez le second malade de PROSCHER, le taux d'hémoglobine s'était abaissé à 50 pour 100 ; on n'a pas trouvé d'ulcère, mais le simple attouchement de la muqueuse provoquait le saignement. A la suite de la résection, l'hémorragie a paru s'arrêter, pour reprendre quatre jours plus tard. On est réintervenu, et l'on a constaté que l'estomac et l'intestin étaient remplis de sang. On fit une nouvelle résection, à la suite de quoi le taux d'hémoglobine est remonté à 70 pour 100. Mais il survint un collapsus entraînant bientôt la mort. Ici encore, l'autopsie n'a pas révélé la source du saignement.

A ce sujet, PROSCHER a rappelé l'expérience de WACHSMUTH montrant la possibilité d'hémorragies gastriques déclenchées par des crises neuro-végétatives, des chocs psychiques, des influences pharmacologiques. On connaît les hémorragies gastriques dans les suites d'un traumatisme crânien ou d'une intervention endocranienne. L'éventualité d'une influence neuro-végétative dans les hémorragies digestives inexplicables fait entrevoir des possibilités thérapeutiques telles qu'interventions sur le sympathique, sympathectomie des vaisseaux gastriques, blocage des splanchniques.

HILLEMAND et MONNEROT ont réuni 200 cas d'hémorragies digestives, observées 140 fois chez l'homme, et 60 fois chez la femme. Dans

123 cas, le diagnostic étiologique était connu ; dans cinquante de ces cas, la lésion causale était un ulcère. Dans 34 cas, le diagnostic n'a été que de probabilité. Enfin, dans 43 cas, aucun diagnostic étiologique n'a pu être porté. Dans le premier groupe de malades, une fois sur cinq le diagnostic a pu être fait précocement, et souvent l'hémorragie a été le premier signe de l'ulcère.

Dans le deuxième groupe, 34 malades, le syndrome ulcéreux était associé à l'éthylisme dans 17 cas.

Il y a eu des causes diverses d'hémorragie digestive : 9 cirrhoses, cancer de l'estomac, de l'oesophage, typhoïde, etc...

Sur ces 93 cas, il y a eu 32 morts.

Sur 16 autres malades, il y a eu 7 ulcères à évolution mortelle (4 traités médicalement, 3 opérés).

Entre 1950 et 1956, DELANNOY a observé 120 cas d'hématémèses ou de méloenas. Tous ces malades ont été radiographiés d'urgence quel que soit leur état général, et sans incidents. Les radios ont permis un diagnostic étiologique positif dans 80 pour 100 des cas.

MOUTIER a insisté sur le nombre d'hémorragies de cause imprécise. PICARD, sur 100 hémorragies digestives d'origine ulcéreuse, trouve 70 fois l'éthylisme et 15 fois une association d'ulcère et de cirrhose.

Dans une belle mise au point sur la question des hémorragies digestives aiguës, Ph. DETRIE établit que l'étiologie en est précisée dans 80 pour 100 des cas environ ; dans 20 pour 100 des cas, les malades sont soumis à un traitement médical sans que l'on connaisse la nature

de l'affection causale responsable des accidents hémorragiques. La persistance ou la récurrence du saignement peut conduire à une intervention exploratrice qui parfois met en lumière des lésions insoupçonnées dont ni la clinique, ni la radiologie, ne pouvaient faire la preuve : telles les différentes variétés de gastrite hémorragique, et surtout l'exulceratio simplex de DIEULAFOY.

Voyons d'après DETRIE les différentes causes d'hémorragies digestives :

- il peut s'agir de gastrites allergiques, d'intoxications médicamenteuses, de traitement par la cortisone et l'ACTH, de gastrites hémorragiques après emploi d'aspirine, d'auromycine, L'hémorragie gastrique peut prendre place dans le cadre plus vaste d'une hémopathie telle qu'hémophilie, Hodgkin, polycythémie, hypersplénie, maladie de Rendu-Osler, télangiectasies. L'hémorragie peut être secondaire à des interventions osseuses, avec un mécanisme comparable à celui des ulcères gastriques, des brûlés, des choqués, de certaines affections neurologiques traumatiques ou non.

Parmi les causes reconnues aux examens divers, il faut retenir l'ulcère gastro-duodéal, les varices œsophagiennes. Enfin, mentionnons les hernies diaphragmatiques, saignant par ulcère, œsophagite ou thrombose portale segmentaire associés. Les tumeurs bénignes et malignes du tractus digestif peuvent donner lieu à des hémorragies ; il en est de même du prolapsus transpylorique de la muqueuse gastrique, des tumeurs et inflammations du pancréas, avec thrombose portale segmentaire splénique.

Mais bien des hémorragies ne livrent leur cause qu'à l'intervention : il s'agit alors de lésions limitées à la muqueuse de l'estomac

et du duodénum, de gastrites hémorragiques de différentes variétés, de l'exulceratio simplex. Des anomalies vasculaires, telles le dysfonctionnement des anastomoses artérioveineuses de la paroi gastrique (DETRIE) ont parfois été les responsables. Enfin, même à l'intervention, on peut ne trouver aucune lésion susceptible d'expliquer l'hémorragie.

Ces hématémèses cryptogénétiques ne semblent pas exceptionnelles, puisque JANKELSON et MILNER en ont suivi vingt sept cas pendant deux à douze ans, avec guérison par le traitement médical. Onze malades seulement devaient faire ultérieurement la preuve de l'étiologie de leurs hémorragies, et ce furent : quatre fois un ulcère, deux fois une gastrite, une fois un lymphosarcome localisé au niveau de l'estomac, un cancer des voies biliaires, une cirrhose, une hernie diaphragmatique, un hémangiome jéjunale. Dans 16 cas il n'y a jamais eu de diagnostic étiologique, bien que trois de ces malades aient eu six laparotomies exploratrices.

Une cause particulièrement fréquente actuellement est l'association ulcère-cirrhose. La statistique de LIPP et LIPSITZ qui ont pratiqué une série de 130 autopsies de cirrhotiques, au cours desquelles ils ont découvert 15 ulcères gastro-duodénaux, soit une proportion de 11,5 pour 100 qu'il faut opposer à celle de 5 pour 100 établie lors d'autopsies chez des témoins, donc non cirrhotiques. Inversement, au cours de 302 cirrhoses dont le diagnostic avait été établi cliniquement, ces mêmes auteurs ont trouvé 5 pour 100 d'ulcères. Chez 575 ulcéreux, enfin, ils ont trouvé 15 cirrhoses, soit une proportion de 2,6 pour 100. Or, en ne retenant que 15 cas d'hémorragie ulcéreuse mortelle, ils ont découvert trois fois une cirrhose avancée.

Chez 76 cirrhotiques hémorragiques, FAINER et HALSTED ont relevé 18 pour 100 d'ulcères saignants, 5,3 pour 100 d'érosions gastriques et enfin 3,9 pour 100 d'associations ulcère-varices, sans que la cause de l'hémorragie soit d'ailleurs précisée.

Ces incertitudes étiologiques font déjà prévoir toute la valeur du diagnostic radiologique, qui avec les techniques modernes se révèle inoffensif même au cours de l'hémorragie aiguë et même si l'état général est très touché.

Mais auparavant, voyons comment se présente cliniquement le tableau du cas particulier qui nous intéresse ici, l'exulceratio simplex, générateur lui aussi d'hémorragies digestives aiguës profuses, aux conséquences souvent des plus graves.

- III -

TABLEAU CLINIQUE DE L'EXULCERATIO SIMPLEX

-:-

Cas de BANZET et TERQUEM

Ces auteurs ont observé cinq malades chez qui les hémorragies ont été assez graves pour justifier l'indication opératoire. La lésion ne fut découverte qu'après une large gastrotomie, qui permit de découvrir soit au niveau du cardia, soit vers le pylore, une ulcération superficielle saignante répondant au type classique de la lésion de DIEULAFOY. La gastrectomie a chaque fois assuré la guérison.

Cas de A. RICHARD

Les hémorragies par exulceratio simplex ont été traitées simplement par un point capitonnant après gastrotomie. Deux ans plus tard, une récurrence a dû être traitée par gastrectomie, ce qui a entraîné la guérison définitive.

Cas de R. DARMAILLACQ

Chez une femme de 64 ans, sans aucun passé digestif, l'apparition d'hématémèses et de méloena entraîne un état d'anémie aiguë. On décide donc une intervention, malgré une radiographie absolument négative. Une gastrectomie est pratiquée sans gastrostomie préalable, l'estomac présentant une rougeur anormale de la région antro-pylorique avec, sous la séreuse, des veines un peu saillantes.

A l'ouverture de la pièce, en dépliant la muqueuse, on découvre une exulcération nette,

en coup d'ongle, siégeant à la partie supérieure de la petite courbure, donnant à l'examen histologique l'aspect d'ulcère simple de type exulceratio simplex. La malade a été suivie régulièrement pendant trois ans après l'intervention ; elle est restée en excellent état et les hémorragies n'ont plus reparu.

Deux observations de ARNAVIELHE

Ces deux cas sont pratiquement superposables et sont marqués chacun par une hémorragie gastrique profuse en rapport avec une exulceratio simplex de la grosse tubérosité . Cependant, la lésion n'a pas pu être mise en évidence lors d'une gastrotomie banale, et n'a été prouvée qu'à l'autopsie.

Cas de CANDARDJIS et RABINOWICZ

Une malade de 35 ans est vue pour hématomésoe survenant inopinément et suivie de méloena ; divers examens sont négatifs pour l'ulcère et le cancer digestifs. L'année suivante, nouvelle hématomésoe avec caillot de sang noir. Puis après un nouvel épisode cette fois huit ans plus tard, surviennent des lourdeurs épigastriques post-prandiales, avec brûlures vers 18 heures. Une hémorragie importante et persistante fait alors hospitaliser la malade, les hématomésos se reproduisant malgré le traitement médical. Un transit baryté d'urgence révèle une petite ulcération de la face postérieure avec microlacune centrale et aspect en cocarde.

On pratique une résection qui emporte les trois quarts de l'estomac ; la pièce opératoire porte, sur la face postérieure, une lésion ulcérée de 7 mm de diamètre, centrée par une petite artère rompue et obturée par un thrombus frais. Sur des coupes en série, on voit une infiltration lymphoplasmocytaire dans la muqueuse, la sous-muqueuse étant fibrosée et

un peu épaissie, la fibrose s'arrêtant à la musculature circulaire interne et n'atteignant pas la séreuse. Dans la sous-muqueuse, en bordure de la lésion, on trouve une artère d'assez gros calibre, tortueuse, ne saillant pas sous la muqueuse. Vers le centre l'artère fait irruption et sort de l'ulcère qu'elle domine. La paroi est nécrotique et oblitérée par un caillot. L'ulcère reste partout superficiel, ne traverse même pas toute la sous-muqueuse, respectant la musculature, Il s'agit donc bien de la lésion décrite par DIEULAFOY.

Doux observations de SUIRE

Chez ces deux malades, la gastrectomie a donné de bons résultats. Les antécédents cliniques ont été nuls, l'estomac et le bulbe avaient un aspect extérieurement normal macroscopiquement parlant ; l'examen radiologique d'urgence n'a apporté que des résultats imprécis et indirects. La gastrotomie exploratrice a dû être très large car certaines lésions sont haut situées. La gastrectomie pratiquée sous le couvert d'une réanimation correcte, a constitué un traitement efficace.

Cas de PUJOL, POMMEPUY et HAFFNER

Une femme de soixante ans est atteinte de dyspepsie de type hypersthénique depuis quelques années. Une certaine amélioration est obtenue par le régime et les alcalins. Puis subitement apparaît une hématomèse, se renouvelant trois fois en vingt quatre heures. Malgré l'état alarmant de la malade, on pratique une gastrectomie associée au traitement classique du choc ; la guérison est obtenue. L'ouverture de l'estomac a montré dans la région de la petite courbure une ulcération superficielle du diamètre d'une pièce de un franc, intéressant seulement la muqueuse et la muscularis avec une artère béante au centre : donc exulceratio simplex typique.

D'où la conclusion de ces auteurs : il faut insister sur la réalité de la maladie de DIEU-LAFOY, qui semble oubliée sinon niée aujourd'hui (1950), et qui fait discuter de la conduite à tenir dans les hémorragies digestives graves relevant de cette étiologie.

Huit observations de LEGER, DETRIE, ARNAVIELHE et GUYET

Observation I

Une femme de 47 ans fait des hématomés abondantes répétées qui entraînent une anémie à 1.560 G.R. On ne trouve aucune étiologie à retenir, ni passé ulcéreux, ni éthyliisme, ni hypertension portale. On ne constate que des antécédents de tuberculose pulmonaire, et la prise de doses importantes d'aspirine, 4 g par jour pendant quatre jours, une semaine plus tôt. Une nouvelle hématomèse commande une gastrotomie. Du sang siège dans l'estomac, on ne voit pas la source de l'hémorragie. En agrandissant la gastrotomie vers le haut, on découvre sur le versant postérieur de la petite courbure une perte de substance plate, sans bord, de un cm de diamètre, à fond blanchâtre. L'hémorragie est provoquée lors de l'examen, son point de départ en jet est une artériole du fond de l'exulcération, entourée d'une muqueuse normale. On excise la lésion, on suture la perte de substance, et on assure la guérison. Histologiquement, il s'agit bien d'une ulcération pariétale superficielle.

Observation II

Le second cas de LEGER concerne une femme de 58 ans, à passé digestif de trois ans pouvant être ulcéreux, l'image radiologique est discutable. La malade est hospitalisée avec des douleurs à type de brûlure gastrique sans hémorragie ulcéreuse, les clichés ne montrent qu'un aspect provoqué par une périviscérite. La vésicule est exclue, lithiase cholédocienne. Une tendance syncopale apparaît, avec anémie à 1.500.000 et hématomèse brusque de sang noir entraînant la mort. A l'autopsie, on

trouve une périviscérite qui rétracte la petite courbure et le duodénum à la face inférieure du foie, un estomac distendu, et dans la région prépylorique, une ulcération plane portant en son centre une artère béante. Histologiquement la lésion ulcéronécrotique a atteint le plan sous-séreux. Cette ulcération ouvre une et peut-être deux artères d'assez gros calibre, l'une faisant saillie sur la face cruentée. Dans le fond de l'ulcère, on trouve une communication artérioveineuse apparente sur une coupe.

Observation III

Un homme de 34 ans fait des syncopes et tendances lipothymiques ; dans les antécédents, une hématomérose à l'âge de 20 ans, sans cause décelable malgré de nombreuses radiographies. Actuellement le pouls est imprenable, et une hématomérose importante survient au cours même de la transfusion. On fait une gastrotomie d'urgence qui découvre sur la face postérieure de la grosse tubérosité une tache ecchymotique de la taille d'une pièce d'un franc, excision et suture. Histologiquement, il s'agissait d'une lésion érosive hémorragique aiguë de la paroi gastrique, avec musculature intacte.

Observation IV

Une femme de 67 ans est hospitalisée pour ulcère de la petite courbure, versant postérieur, et image térébrante dans le pancréas ; actuellement, hématomérose et méloène importants sont traités médicalement. Mais une nouvelle hématomérose survient avec effondrement de l'état général. On intervient, on trouve un estomac souple, extérieurement normal, dont la palpation est négative. La gastrotomie révèle un ulcère plat du versant postérieur de la petite courbure, de un centimètre de diamètre, très souple, sans inflammation focale ni périfocale. Un petit vaisseau saigne sur l'un des bords. Guérison après gastrectomie large. Il s'agit bien d'une ulcération à bords francs,

subissant une poussée nécrotique, et contenant de nombreux vaisseaux, atteints d'endartérite et parfois très près de la nécrose.

Observation V

Un homme de 48 ans est hospitalisé d'urgence pour hématémèse rouge répétée, chute de la T.A. et de la numération à 1.200.000 G.R. Il s'agit d'un éthylique dont le foie est cependant normal. La gastrotomie montre une exulcération du volume d'un grain de blé à la partie inférieure du segment vertical de la petite courbure, versant postérieur. De cette lésion un jet de sang rouge coule par saccades. Les suites opératoires sont bonnes. L'ulcère siégeait en regard d'un volumineux axe vasculo-nerveux de la paroi, une grosse branche artérielle de la sous-muqueuse occupant le fond de l'ulcère. La paroi artérielle était ulcérée, la brèche étant comblée par un caillot fibrino-cruorique.

Observation VII

Un homme de 50 ans est hospitalisé pour hématémèses et méloena ; c'est un éthylique à passé gastrique important. Une gastrotomie large fait découvrir à la face postérieure de la grosse tubérosité une ulcération plate à bords atones ; son diamètre est d'un demi-centimètre, elle occupe une zone ecchymotique. Ce n'est qu'à la mise à plat de l'organe que l'ulcération a pu être découverte, et la simple gastrotomie ne l'avait pas mise en évidence.

Observation VIII

Un homme de 65 ans est hospitalisé pour hémorragies digestives entraînant un état d'anémie aiguë. Le passé digestif de ce malade, assez vague, est cependant enrichi de clichés de l'estomac, toujours négatifs. Une gastrotomie découvre sur la face postérieure une lésion

ombiliquée portant en son centre un petit granulome saillant, saignant en jet, de la taille d'un grain de mil. On excise la lésion en emportant une rondelle de la paroi gastrique. Guérison. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une ulcération aiguë sur une zone d'hétérotypie de la muqueuse. Le fond est occupé par la destruction de la sous-muqueuse, une nécrose inflammatoire ouvrant une grosse artère dont la brèche est surmontée par un caillot.

°°°

Toute la symptomatologie se résume donc à l'apparition d'hémorragies, hématomésés et méloena, répétés, abondants, avec chute globulaire importante, toujours à moins de 1.500.000. La gravité des hémorragies et de l'anémie contraste avec l'absence totale de signes fonctionnels ; tout au plus dans certains cas a-t-on pu observer un syndrome douloureux qui risquait de fausser le diagnostic, en particulier en l'orientant vers l'ulcère. Nous noterons l'atteinte souvent profonde de l'état général avant que se manifestent les hémorragies, et que LEGER explique par un saignement occulte possible ? La fièvre semble exceptionnelle (un cas de LEGER, l'observation princeps de DIEULAFOY).

Le cas de PARNAUD et TEINTURIER semble le seul qui illustre la possibilité d'ulcérations non hémorragiques. Il s'agissait alors d'une femme de 45 ans, qui perd dix kg en deux mois. Sur les clichés, on trouve une zone rigide au niveau de la région antrale ; le traitement médical étant sans action, on opère, et on trouve une ulcération occupant le bord supérieur de l'antra, et qui histologiquement se révèle bénigne.

Voyons maintenant les caractères anatomopathologiques de l'exulceratio simplex, et les explications pathogéniques qui en dérivent.

- IV -

ANATOMOPATHOLOGIE ET PATHOGENIE

—:—

Toutes les descriptions anatomopathologiques de la lésion qui nous occupe ont en commun un caractère essentiel : la présence d'une artériole érodée, macroscopiquement visible, et qui est indubitablement la source du saignement. Parfois encore le vaisseau est plus volumineux, exceptionnellement il ne sera visible que microscopiquement. Autour de l'ulcération plane, la muqueuse apparaît au premier abord souple et normale. En réalité, elle est le siège d'importants phénomènes vasomoteurs. Mais l'hémorragie a toujours pour origine le foyer ulcéreux.

Histologiquement, la lésion ne diffère pas des autres ulcérations et ulcères de la muqueuse gastrique. D'ailleurs la muscularis mucosae et les plans sous-jacents sont également intéressés. LEGER pense que l'exulceratio simplex, qui intéresse la sous-muqueuse, et l'ulcère rond aigu, enfin l'ulcère aigu perforé, peuvent être considérés comme formant les échelons successifs d'un même processus ulcératif aigu de la paroi gastrique, la pathogénie en étant vraisemblablement commune. Ainsi considérée, l'exulceratio simplex devient un ulcère aigu qui diffère cependant des autres lésions ulcéreuses par la nécrose de la paroi gastrique, nécrose débutant brutalement, et se compliquant rapidement de rupture vasculaire, ou de perforation. La lésion diffère également par la constatation à l'intervention d'urgence, ou lors de la vérification nécropsique,

d'une lésion en pleine activité au sein de tissus sans pratiquement aucune réaction secondaire.

Les "exulceratio simplex" peuvent siéger en tout point de la paroi gastrique ; mais elles affectent la face postérieure ou une région haut située ; elles sont donc d'accès chirurgical difficile. Il est également possible de trouver la lésion au niveau de la petite courbure, ou de la région prépylorique. Généralement unique, la lésion a pu parfois être double, ou multiple, ou s'accompagner d'une érosion hémorragique.

Histologiquement, il s'agit de nécrose suppurée d'un secteur plus ou moins étendu et profond de la paroi gastrique, avec intégrité habituelle des musculeuses et de la séreuse, d'une sclérose réactionnelle intense, cependant incapable de freiner suffisamment les progrès de la nécrose pariétale qui ouvre de gros vaisseaux sanguins.

La lésion prend ainsi ses caractères particuliers : amputation limitée de la paroi gastrique à bords nets, fond plat ou légèrement mamelonné, atteignant les confins des musculeuses, nécrose partielle de la paroi d'une artériole, fissurée ou largement ouverte. Ces lésions se constituent comme tout ulcère gastrique en regard du point de pénétration de la paroi par un axe vasculonerveux important. L'artère touchée est généralement d'un calibre notable. Le point où le pédicule vasculaire traverse la musculeuse est de moindre résistance ce qui augmente les risques de perforation.

Si les complications sont évitées, si l'hémorragie cesse, la poussée aiguë régressera et la muqueuse guérira ; des récidives sont possibles, hémorragies aiguës calquées sur les premiers accidents. Si la paroi gastrique se sclé-

rose, les ulcérations prendront l'aspect des ulcères chroniques. L'exulceratio simplex est donc une ulcération aiguë de la muqueuse gastrique. Sa pathogénie est peut-être voisine de celle des ulcères secondaires aux traumatismes, aux brûlures, aux interventions neuro-chirurgicales.

On trouve parfois à son origine un facteur local de déficit fonctionnel de la muqueuse gastrique. Il est possible qu'intervienne un facteur vasculaire.

Mais on a également discuté du rôle éventuel d'une malformation du pédicule artériel de l'axe vasculo-nerveux au voisinage duquel l'ulcération se développe. CANDARDJIS a constaté une telle anomalie et LEGER dans un cas a constaté une communication artérioveineuse.

CANDARDJIS insiste sur le fait que ce n'est pas seulement l'artère, mais tout l'axe vasculo-nerveux qui est touché par la lésion. Aussi, cet auteur pense-t-il que l'ulcération de DIEU-LAFOY se fait toujours au niveau d'une proéminence sous-muqueuse d'un paquet sinon vasculo-nerveux, au moins artério-veineux venant souvent de la profondeur : véritable malformation, l'anomalie étant constituée par la pénétration trop oblique du paquet vasculo-nerveux. De ce fait, lors des contractions, le paquet, qui présente une rigidité relative, fait hernie sous la muqueuse entraînant à la longue une nécrose peut-être ischémique ou mécanique de la muqueuse et des vaisseaux sous-jacents.

DIAGNOSTIC

-:-

a) Diagnostic clinique

Il ne semble pas y avoir de caractères particuliers des accidents hémorragiques lorsque ceux-ci sont provoqués par la lésion qui nous occupe. C'est plutôt par exclusion d'autres facteurs étiologiques, ulcère, cirrhose, cancer, que l'on sera amené à penser à l'exulceratio simplex. Cependant il existe des signes différentiels.

b) Diagnostic différentiel

Entre l'ulcère aigu et l'exulceratio simplex, il existe, selon CANDARDJIS, des différences à retenir:

Le début de l'ulcère aigu se fait par un infarctus hémorragique localisé de la muqueuse, alors que pour l'exulceratio simplex, le point de départ de l'hémorragie est une nécrose limitée de la muqueuse au sommet d'une artère ;

La profondeur de l'ulcère aigu est variable, allant parfois jusqu'à la perforation, alors que pour l'ulcération elle est faible, respectant la musculature.

Il n'y a de fibrose dans le fond d'aucune des deux lésions. Dans l'ulcère aigu, est quelquefois intéressé un vaisseau sanguin de calibre moyen ou petit, qui se rompt ; mais l'artère reste dans la couche d'où il vient, généralement sous-muqueuse. Dans l'exulceratio simplex, le calibre de l'artère

est toujours moyen ou gros, le vaisseau fait hernie en surface et se rompt à ce niveau. L'artère vient de la profondeur, musculeuse ou sous-séreuse, monte en surface, s'y perfore, et retourne aux couches profondes.

L'ulcère aigu donne généralement des lésions multiples, l'exulceratio simplex reste en général unique.

Dans l'ulcère aigu, il s'agit d'hémorragies digestives peu abondantes lorsqu'elles existent, car elles peuvent manquer. Dans l'exulceratio il y a toujours des hémorragies, toujours abondantes, parfois entraînant la mort.

c) Diagnostic radiologique

Le diagnostic radiologique d'urgence des hémorragies digestives aiguës graves est un fait nouveau, la méthode se montre bien tolérée. Mais alors qu'elle peut, avec une technique appropriée, mettre en évidence un ulcère, une tumeur maligne, il est exceptionnel qu'elle rende visible une lésion aussi plane, aussi minime, aussi enfouie, que l'exulceratio simplex.

Alors même que l'ulcère est difficile à apercevoir lors d'une hémorragie, on s'est demandé si vraiment on avait quelque chance, par l'image directe ou par les signes indirects (mais ils sont minimes, voire nuls) de faire le diagnostic radiologique de l'exulceratio simplex. Dans 30 à 40 pour 100 des hémorragies d'origine ulcéreuse, en effet, on n'arrive pas à apercevoir la niche, habituellement couverte de fibrine. Avec le transit d'urgence, cependant, ce chiffre s'est récemment amélioré, et DELANNOY a découvert 80 pour 100 des ulcères, jusque là méconnus chez ses 120 malades. Certes, on continue à admettre que les ulcérations superficielles échappent à l'examen radiologique "Il ne faut pas trop compter sur le transit baryté pratiqué d'urgence pour les mettre en

évidence". CANDARDJIS a cependant pratiqué chez une de ses malades et en pleine hématomatose un transit baryté d'urgence et obtenu, en très faible remplissage, une petite ulcération de la face postérieure, au tiers supérieur du corps gastrique, ulcération avec microlacune centrale donnant un aspect en co-carde. L'intervention immédiate confirma le diagnostic radiologique.

Il est évidemment surprenant qu'une lésion anatomique aussi superficielle ait sa traduction radiologique ; mais la profondeur de la niche radiologique est toujours supérieure, on le sait, à la profondeur de l'ulcération anatomique. L'image obtenue correspondant à l'ulcération ne provient pas que de la perte de substance, mais aussi du rebord de l'oedème inflammatoire et de la contracture musculaire qui projette la lésion hors du contour de l'estomac. Ces divers facteurs s'ajoutent sans doute pour rendre visible la lésion sur les clichés.

C'est surtout lorsqu'elle siège à la petite courbure que l'exulceratio simplex sera le mieux décelée lors du remplissage sur les clichés de face. Localisée à la paroi postérieure, la lésion risque d'être invisible à la réplétion gastrique ; il faudra alors la rechercher en examen en couche mince, en decubitus dorsal et en position déclive. Elle apparaîtra alors sous la forme d'une tache opaque correspondant à la baryte retenue dans l'ulcération et entourée d'un halo clair correspondant à l'oedème périphérique. La microlacune centrale, très caractéristique, n'est pas constamment obtenue. L'association des signes cliniques et des images orientera utilement le diagnostic.

- VI -

TRAITEMENT

-:-

Le traitement de l'exulceratio simplex se confond avec celui des hémorragies digestives aiguës et graves qui en sont la seule manifestation notable. Il faut évidemment tenir compte de l'état général, rapidement déclinant, de l'anémie, profonde, pour intervenir avant qu'il soit trop tard.

On a cependant envisagé un traitement médical des hémorragies digestives en général, du syndrome hémorragique de l'exulceratio simplex, en particulier. Mais en général, la parole reste au traitement chirurgical, au moins explorateur.

° ° °

a) Traitement médical

Il lutte contre l'anémie et prend donc la forme de transfusions sanguines. DEMOLE admet que l'on ne doit pas opérer d'urgence les hémorragies peu abondantes, les hémorragies vieilles de plus de 48 heures, enfin les saignements qui se manifestent par du méloena seul. Le traitement médical est par contre non indiqué en présence d'hémorragies répétées accompagnées de douleurs abdominales.

b) Traitement chirurgical

La décision opératoire étant prise, on pratique généralement une gastrotomie classique ;

mais il faut savoir que celle-ci a beaucoup de chances de laisser échapper l'exulcération simple chaque fois que celle-ci est haut située, ce qui est fréquemment le cas. Par contre, elle permettra de dépister les lésions occupant le segment inférieur de la petite courbure, la région pylorique, la face postérieure du corps de l'estomac, mais ce sont là des éventualités moins fréquentes.

Il faut donc recourir à une longue gastrotomie, permettant l'exploration de tous les sièges possibles de l'exulceratio simplex, et en particulier la portion sous-cardiale de la petite courbure, la grosse tubérosité, ce qui n'est pas facile. Lorsqu'on opère pour rechercher l'exulceratio simplex dont on ignore encore le siège, il faut donc, selon LEGER : pratiquer une incision oblique gauche de la région ombilicale à l'extrémité de la neuvième côte, et pratiquer une gastrotomie de la face antérieure, en remontant aussi haut que possible. Si l'on ne trouve rien, on va plus haut encore, vers la grosse tubérosité. LEGER conseille de prolonger l'incision en thoracophréno-laparotomie, ce qui permet d'aborder la partie haute de l'estomac, de prolonger la gastrotomie sur la grosse tubérosité ; on peut ainsi réaliser la mise à plat de la grosse tubérosité, et l'étalement des plis de la muqueuse. Devant la constatation d'une ulcération aiguë, la gastrectomie s'impose le plus souvent, et entraîne généralement la guérison.

Cependant, dans certains cas heureux, l'excision simple de la lésion suivie de suture a sauvé la malade. Un point hémostatique réalisé par RICHARD a été suivi d'une récurrence nécessitant la gastrectomie. MOYSON a eu de bons résultats, avec une gastrectomie, de réduction d'acidité, les lésions étant situées trop haut pour autoriser une gastrectomie raisonnable.

C'est donc en définitive le siège de la lésion et l'état du malade qui dicteront la conduite la plus appropriée.

Gastrectomie subtotale lorsque l'ulcération lui est accessible et que l'état général le permet, excision et suture lorsque le sujet est hautement anémié ou taré, excision économique suivie de suture (DELANNOY, LEGER) telles sont les alternatives, la dernière paraissant particulièrement satisfaisante.

Tous les chirurgiens doivent connaître le contraste entre le volume de l'hémorragie, et la discrétion de la lésion qui saigne et que la gastrotomie classique risque de laisser échapper.

Il est très important d'intervenir précocement, car le pronostic de ces lésions, sombre si elles sont laissées à elles-mêmes, devient très favorable lorsque l'opération a été pratiquée à temps : elle apporte alors la guérison définitive.

- VII -

CONCLUSIONS

-:-

I.- Les hémorragies digestives aiguës graves paraissent actuellement augmenter de fréquence, sans que rien ne puisse expliquer cette recrudescence de manière satisfaisante. Quoi qu'il en soit, ce type d'accidents représente un problème d'autant plus important que l'évolution, faute d'intervention, risque d'être mortelle.

II.- Ces hémorragies sont de causes très diverses, parmi lesquelles cependant l'ulcère gastro-duodéal occupe une place de premier plan. Mais il existe une assez forte proportion d'hémorragies digestives dans lesquelles aucune cause étiologique n'est décelable, ni à l'examen clinique, ni à l'examen radiologique. Parmi elles, il est probable que l'exulceratio simplex de DIEULAFOY est responsable d'un certain nombre de ces hématomèses avec méloena.

III.- Nous avons réuni un certain nombre d'observations d'exulceratio simplex qui ont montré la discrétion des signes cliniques, tout se résumant aux hématomèses et à l'anémie profonde avec rapide atteinte de l'état général.

IV.- Les caractères anatomopathologiques de la lésion en font comprendre le mécanisme, une artère de calibre moyen ou gros occupant généralement le centre de l'ulcération, superficielle, muqueuse, le processus nécrotique perforant le vaisseau et donnant lieu au

saignement. Ce type de lésion est pratiquement indécélable à l'exploration radiologique.

V.- Par sa situation haute fréquente, l'exulceratio simplex échappe souvent à l'exploration opératoire par gastrotomie. Il faut pouvoir examiner de près la muqueuse en la dépliant pour mettre en évidence la source de l'hémorragie.

VI.- Le traitement chirurgical a complètement renversé le pronostic jusque là sombre de ces ulcérations de la muqueuse gastrique. Le siège de la lésion, l'état du malade, orienteront le choix entre la gastrectomie et l'excision simple suivie de suture. Il faut donc connaître l'exulceratio simplex, probablement fréquente à l'origine des hémorragies digestives aiguës graves que rien ne vient par ailleurs expliquer.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : LEMAIRE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

-:-

ARVAY

L'examen radiologique au cours des hémorragies digestives graves
Société Nationale Française de Gastro-Entérologie séance du 17 juin 1957

J. ARNAVIELHE

Exulceratio simplex de la grosse tubérosité de l'estomac responsable d'hématémèses mortelles
Mémoires de l'Académie de Chirurgie, séance du 29 juin 1955

P. BANZET, J. TERQUEM

A propos de cinq cas d'hémorragie digestive par "exulceratio simplex"
Mémoires de l'Académie de Chirurgie LXXVIII page 423 30 avril 1952

E. DANOPOULOS, S.D. MOULOPOULOS

Augmentation progressive de la fréquence des hémorragies d'origine gastro-duodénale pendant les six dernières années, ayant atteint leur maximum en automne 1953
Gastro-Enterology XXVII pages 451-454 octobre 1954

R. DARMAILLACQ

Sur un cas d'exulceratio simplex
Société de Gastro-Entérologie du Sud-Ouest 4 mars 1956

E. DELANNOY, P. GAUTIER, A. SOULIER, G. LEMAITRE

L'examen radiologique d'urgence dans les hémorragies graves d'origine gastro-duodénale
Mémoires de l'Académie de Chirurgie séance du 12 déc. 1951 et Presse Médicale LX pages 236-239 20 février 1952

M. DEMOLE

L'exulceratio simplex
Actualités hépato-gastro-entérologiques
de l'Hôtel-Dieu 1953 p. 201 Masson éd.
Paris 1954

M. DEMOLE

Traitement médical des grandes hémorragies
gastriques
Société Méd. Strasbourg séance du 29
janvier 1955

Ph. DETRIE

Les hémorragies digestives aiguës
Presse Médicale LXIII pages 1597-1598
19 novembre 1955

F. DRABIG

Ueber zwei tödliche Magenblutungen aus
arrodierten submukösen Magenarterien
Virch. Arch. Path. CCC page 487 1937

M.R. EHRENZWEIG

L'exulceratio simplex de l'estomac
Thèse de Genève 1953 n° 2150

P. HILLEMAND, MONNEROT

A propos des hémorragies digestives.
Etiologie et traitement.
Archives maladie app. dig. XLVI 1957
Séance du 12 Novembre 1956 de la Soc.
Nat. Fr. gastro-entérol.

G. LAGACHE, G. SOOTS

Réflexions à propos du diagnostic et
du traitement de 132 cas d'hémorragies
digestives aiguës graves
Société Nationale Française de Gastro-
Entérologie, séance du 8 avril 1957

A. LAMBLING, S. BONFILS, BARATGIN

Les hémorragies des ulcères gastro-
duodénaux
Revue du Praticien n° 31 1er décembre
1956

A. LAMBLING, J.J. BERNIER et COLONNA

Ce que peut cacher une hémorragie digestive apparemment essentielle : la gastrite hémorragique, les hémorragies vaso-motrices, les diverticuloses digestives

Revue du Praticien tome VI n° 31
1er Déc. 1956

L. LEGER

Examen histologique d'exulceratio simplex

Mémoires de l'Académie de Chirurgie
séance du 19 oct. 1955

L. LEGER, Ph. DETRIE, J. ARNAVIELHE, P. GUYET

Ulcérations aiguës de l'estomac. Le problème de l'exulceratio simplex
Presse Médicale LXV page 1188 26 juin 1957

F. MOYSON

Diagnostic et traitement des hémorragies digestives aiguës

Acta Chir. Belgica suppl. I Rapport
Congrès Annuel Ass. belge Chir. 21 mai 1955 144 pp.

H. PROSCHER

Sur l'hémorragie gastrique aiguë profuse

Zentralblatt für Chirurgie LXXX pages 1487-1492 1955

PUJOL, POMMEPUY, HAFFNER

L'exulceratio simplex de Dieulafoy existe bien

Société Méd. Chir. Toulouse, séance de janvier 1950

SUIRE

L'exulceratio simplex de Dieulafoy, cause de grandes hématoméses

Mémoires Académie de Chirurgie, séance du 12 octobre 1955

A. WEISS, HOLLENDER

A propos du traitement médical des hé-
morragies digestives
Société Nationale Française de Gastro-Enté-
rologie, séance du 8 avril 1957

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
I.- Avant-Propos.....	13
II.- Etiologie des hémorragies digestives aiguës	16
III.- Tableau clinique de l'exulceratio simplex	22
IV.- Anatomopathologie et pathogénie	29
V.- Diagnostic	32
a) Diagnostic clinique	32
b) Diagnostic différentiel	33
c) Diagnostic radiologique	33
VI.- Traitement	34
a) Traitement médical	35
b) Traitement chirurgical	35
VII.- Conclusions	38
Indications bibliographiques	40

-:-

SERMENT

--:

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--:

